

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THÈSE ^{N°} 384
POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS
(Mention MEDECINE)

PAR

MARCOVICI AVRAM

Né le 27 février 1910, à Sâveni (Roumanie)

Syndrome de Syphilis Congénitale
constitué par
l'Association de la Kératite interstitielle
et de
l'Hydarthrose du Genou

Président : M. NOBECOURT, Professeur.

LIBRAIRIE L. RODSTEIN
17, rue Cujas, 17
PARIS (V°).

1937.

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention MEDECINE)

PAR

MARCOVICI AVRAM

Né le 27 février 1910, à Săveni (Roumanie)

Syndrome de Syphilis Congénitale
constitué par
l'Association de la Kératite interstitielle
et de
l'Hydarthrose du Genou

Président : M. NOBECOURT, Professeur.

LIBRAIRIE L. RODSTEIN
17, rue Cujas, 17
PARIS (V°).

1937.

LE DOYEN : ROUSSY

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE
Physiologie	Léon BINET
Physique médicale	STROHL
Chimie médicale	POLANOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRE
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN
Pathologie médicale	ABRAMI
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU
Anatomie pathologique	ROUSSY
Histologie	CHAMPY
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU
Thérapeutique	HARVIER
Hygiène et médecine préventive	TANON
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET
Clinique médicale	LOEPER
	CARNOT
	CLERC
	Marcel LABBE
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoulLET
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE
	CUNEO
Clinique chirurgicale	GOSSET
	GREGOIRE
	LENORMANT
Clinique ophtalmologique	TERRIEN
Clinique urologique	MARION
	BRINDEAU
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE
	JEANNIN
Clinique gynécologique	MOCQUOT
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL
Clinique propédeutique	SERGENT
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU
Cardiologie clinique	LAUBRY
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE
	MULON
	OLIVIER
	VERNE

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE	Pathologie chirurgi- cale.
BARIETY	Pathologie médicale.
BENARD Henri	Pathologie médicale.
BERNARD Etienne	Pathologie médicale.
BESANÇON Justin	Hydrologie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER ..	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FEY	Urologie.
FUNCK	Pathologie chirurgi- cale.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART	
D'ALLAINES ..	Pathologie chirurgi- cale.
DE GENNES	Pathologie médicale.
GAYET	Physiologie.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngolo- gie.
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN ...	Anatomie pathologi- que.
JOANNON	Hygiène.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOUL ..	Obstétrique.

MM.

LAROCHE Guy ..	Pathologie médicale.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expéri- mentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgi- cale.
Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI	Neurologie et Psy- chiâtrie.
MENEGAUX.....	Pathologie chirurgi- cale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET ..	Pathologie chirurgi- cale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologi- que.
PETIT-DUTAILLIS	Pathologie chirurgi- cale.
PIEDELIEVRE ..	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgi- cale.
TROISIER	Pathologie expéri- mentale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgi- cale.

III. AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgi- cale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.
GUENIOT	Obstétrique.

MM.

LARDENOIS	Pathologie chirurgi- cale.
LEROUX	Anatomie pathologi- que.
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
PHILIBERT	Bactériologie.
VAUDESCAL ...	Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.		MM.	
ALAJOUANINE .	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale
AUBERTIN		BROCQ	
BRULE		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER ...	
CHIRAY		HEITZ-BOYER .	
DONZELOT ...		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		SCHWARTZ ...	
PASTEUR- VALLERY- RADOT		VELTER	
SEZARY			

MM.	
ECALLE	} Clinique obstétricale.
LE LORIER	
LEVY-SOLAL	
METZGER	

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
PHILIBERT, agrégé	Microbiologie.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798 l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE ET A MON PÈRE.

Bien faible témoignage de mon profond amour filial et de mon infinie reconnaissance pour leur affection, leur dévouement, leur sacrifice.

A MES SŒURS.

A MES BEAUX-FRÈRES.

A MON ONCLE SAUL ET A MA TANTE TINA.

A MON ONCLE SANY,

Qui fut pour moi un exemple vivant de travail et de droiture. Je suis heureux de pouvoir dédier cette thèse en témoignage de ma vive reconnaissance et de ma très profonde affection.

A MA TANTE LUTA.

En gage de mon grand attachement.

A MON COUSIN, le Docteur M. MARCOVICI,

En témoignage de ma vive reconnaissance.

AUX MIENS ET A MES AMIS.

Surtout à ceux qui ont partagé avec moi les joies et les peines pendant les longues années d'études.

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE,

M. LE PROFESSEUR NOBECOURT.

Professeur de clinique médicale infantile

Membre de l'Académie de Médecine.

Officier de la Légion d'Honneur.

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Qu'il veuille bien trouver ici l'hommage respectueux de notre profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE,

M. LE DOCTEUR E. LESNE.

Membre honoraire de l'Hôpital Trousseau

Membre de l'Académie de Médecine,

Officier de la Légion d'Honneur.

Nous le prions de trouver ici le témoignage de notre vive reconnaissance pour l'enseignement si précieux dont il nous a fait bénéficier durant notre séjour dans son service de l'Hôpital Trousseau.

A MADAME LINOSSIER ARDOIN.

*Ancien interne des Hôpitaux de Paris,
Assistant de Consultation de l'Hôpital Trousseau,*

*Qui a bien voulu nous accueillir dans sa
consultation et nous inspirer le sujet de
cette thèse.*

*Hommage de respectueuse gratitude et
de profonde reconnaissance pour l'ensei-
gnement qu'elle nous a prodigué pendant
quatre ans et ses conseils précieux dans
l'élaboration de ce travail.*

A MADEMOISELLE D. RONGET.

*Ancien interne des Hôpitaux.
Assistant de Consultation de l'Hôpital Trousseau.*

*Témoignage de vive reconnaissance pour
son précieux enseignement.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX.

M. LE PROFESSEUR DELBET.

— ACHARD.

— VILLARET.

— BAUMGARTNER.

— ABRAMI.

M. LE DOCTEUR DEVRAIGNE.

M. LE PROFESSEUR GUILLAIN.

M. LE DOCTEUR MILIAN.

M. LE PROFESSEUR LEMIERRE.

— MARION.

— LEMAITRE.

— CLAUDE.

— TERRIEN.

A MON JURY DE THESE.

INTRODUCTION

Notre but, dans ce travail, n'est pas de faire une étude complète de la kératite interstitielle et de l'hydarthrose en tant qu'affections prises individuellement.

Nous avons été frappés de la co-existence fréquente de ces deux manifestations de la Syphilis congénitale, et il nous a paru intéressant de montrer l'importance de cette association clinique.

Car, malgré des travaux en assez grand nombre, cette association n'est pas couramment connue du clinicien. Nous désirons apporter quelques observations réunies à la consultation de syphilis congénitale de l'Hôpital Trousseau (Service du Docteur Lesné), qui ont toutes trait à la co-existence d'une kératite interstitielle et d'une hydarthrose, chez des enfants nettement hérédo-syphilitiques.

Par l'occasion qui nous est offerte en présentant ce travail, nous sommes heureux de pouvoir exprimer notre gratitude à notre maître, M. le Docteur Lesné qui a bien voulu nous accueillir dans son Service, à Mme A. Linossier Ardoin qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et nous a guidé dans son élaboration ; nous remercions également Mlle D. Ronget de ses bienveillants conseils,

HISTORIQUE

En 1857, Hutchinson écrivait : « On voit parfois, chez les hérédosyphilitiques, se développer, en même temps que la kératite interstitielle, un épanchement mono et polyarticulaire, frappant souvent les genoux symétriquement, et cet épanchement est indolore ». Mais ce n'est qu'une phrase incidente, il n'en tire pas de conclusions.

Clutton, le premier, dans « The Lancet » du 27 Février 1886, signale la fréquence de cette coexistence : « Les genoux, comme les yeux, sont dans mes observations, affectés à la fois, tôt ou tard, et souvent entre l'apparition de chaque symptôme. Il existe un intervalle de temps. Ces deux maladies, essentiellement chroniques, produisent peu ou pas de lésions dans les tissus atteints, et sont aussi toutes les deux très difficiles à guérir par le traitement. Je ne puis pas expliquer pourquoi les genoux sont plus particulièrement pris, de préférence aux autres jointures ; avec une observation plus approfondie, on trouverait d'autres jointures affectées. Mais jusqu'à présent je n'ai pas vu cette synovite symétrique chronique qui apparaît être associée avec la kératite interstitielle dans d'autres articulations que les genoux ».

En France, en 1894, Panas la signalait, mais pour lui, c'était l'hérédité goutteuse qui devait être incriminée, et non l'hérédité syphilitique.

En 1901, Puech s'étonne « qu'il ne soit fait nulle part mention de cette arthropathie qui, pour lui, est la compagne la moins infidèle de toutes les autres manifestations qui accompagnent la kératite parenchymateuse ».

Fouquet, en 1905, trouve dix fois la kératite sur vingt observations d'ostéoarthrites hérédosyphilitiques, mais il n'y attache pas grande importance.

En 1908, Jacqueau, à la Société Française d'Ophtalmologie, signale particulièrement la coexistence de la kératite parenchymateuse et des arthrites. Il conclut ainsi : « La kératite parenchymateuse est associée environ dans la moitié des cas à des lésions mono ou polyarticulaires, celles-ci s'accompagnent ordinairement d'hydarthrose, n'épargnant à peu près jamais le genou, et sont à peine douloureuses... La présence simultanée de la kératite et de l'arthrite facilite le diagnostic d'hérédosyphilis et le traitement mercuriel, en particulier la vieille préparation de Gibert, semble influencer très favorablement la guérison ».

A la même séance, Cabannes propose de faire de l'hydarthrose un quatrième signe de la triade d'Hutchinson.

Le Docteur Cantonnet, en 1919, a repris l'idée de Cabannes, et a proposé le nom de « Tétrade ».

En 1921, le Dr Dupuy de la Badonnière, dans sa

thèse, apporte neuf cas nouveaux où coexiste la kératite et l'hydarthrose.

Etant donné que c'est Clutton qui a fait pour la première fois une description complète de ce syndrome, nous proposerions de l'appeler « Syndrome de Clutton ».

DESCRIPTION

La kératite interstitielle est caractérisée par une inflammation et une infiltration qui ont pour localisation les couches profondes de la cornée transparente, sans perte de substance superficielle, et dont la cause est due à des facteurs endogènes.

C'est en 1857 qu'Hutchinson donne la première étude clinique de l'affection, la mise en relief de ses attaches avec la syphilis. Ceci fût parmi les auteurs de l'époque l'objet de controverses nombreuses. On alla même jusqu'à nier cette origine spécifique, en Angleterre avec Moorin, et en France avec Panas. Puis les travaux plus récents remirent en valeur la part de la syphilis.

L'ÉVOLUTION de la kératite se fait en trois périodes :

Période d'infiltration. — Un trouble grisâtre se développe dans l'épaisseur de la cornée. Commencant par la périphérie cornéenne, il atteint la partie centrale, de façon à voiler complètement la cornée. En même temps, la réaction se produit sur la sclérotique ; tout autour de la cornée apparaît un anneau rouge d'infection périkeratique. La vision est fortement diminuée par le voile cornéen.

La période de vascularisation commence au bout de trois semaines après le début. Les vaisseaux péricératiques pénètrent par la cornée trouble, sous forme de petits pinceaux vasculaires; la cornée perd peu à peu son aspect grisâtre et, dans les cas de vascularisation intense elle devient rouge. Le plus souvent, l'infiltration vasculaire reste légère; elle peut même manquer complètement.

C'est à cette période que la réaction inflammatoire atteint son maximum, se traduisant par la photophobie, la douleur et le blepharospasme.

Après un temps variable, de six semaines à trois mois, la vascularisation diminue, la cornée s'éclaircit, et peu à peu elle redevient presque complètement claire.

Les deux yeux, surtout chez les enfants, sont presque toujours pris l'un après l'autre.

COMPLICATIONS. — Dans les cas accentués, la kératite s'étend à l'iris et même au corps ciliaire.

VARIÉTÉS CLINIQUES. — La kératite interstitielle est presque toujours syphilitique. Il existe encore des kératites interstitielles tuberculeuses, lépreuses, mais elles sont beaucoup plus rares si on les compare à la kératite syphilitique.

DIAGNOSTIC. — Celui-ci ne présente pas de difficulté si l'on a soin d'examiner de près la cornée, de façon à bien voir le trouble cornéen est interstitiel, tandis que l'épithélium superficiel reste intact sans aucune solution de continuité.

DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE. — Les kératites interstitielles sont presque toujours une manifestation précise

de l'infection syphilitique héréditaire ou acquise. La preuve en est faite par des antécédents héréditaires du malade (polylethalité chez les frères et sœurs, fausses couches de la mère), par l'association à la kératite d'autres stigmates de spécificité : dentaires, articulaires, osseux et sérologiques.

Le Bordet-Wasserman chez les enfants hérédosyphilitiques atteints de kératite interstitielle est très positif dans la presque totalité des cas, souvent aussi chez la mère de ces enfants, alors même qu'elle ne présente aucune manifestation syphilitique évidente.

Mais en face d'un malade présentant une kératite interstitielle avec un Bordet-Wasserman négatif, sans aucun antécédent héréditaire ni acquis qui puisse faire suspecter la spécificité — avec un mauvais état général — il faut penser à la tuberculose et examiner l'état pulmonaire, faire une réaction à la tuberculine si c'est un enfant.

PRONOSTIC. — Le pronostic de la kératite interstitielle dépend essentiellement de son traitement. Toutes les kératites dont le traitement antisypilitique a été intensif et longtemps suivi ont guéri.

Hydarthrose du genou. — Les auteurs modernes, en particulier Ed. Fournier, subdivisent l'hydarthrose de la syphilis congénitale, en : ostéo-arthrite, et hydarthrose essentielle.

Dans l'ostéo-arthrite, on trouve un léger degré d'hydarthrose qui masque une tuméfaction irrégulière de la jointure. A la palpation, on perçoit des plaques dures dans la jointure, mais absence totale de douleurs.

La seconde variété, l'hydarthrose essentielle, est due à H. Clutton, assistant de chirurgie de l'Hôpital Saint-Thomas, qui l'a dénommée « Symetrical synovitis of the knee ».

Cette « Synovite symétrique du genou » se traduirait, selon lui, exclusivement par une sorte d'hydarthrose, absolument indépendante de toute affection osseuse.

Ce n'est pas une affection rare, nous l'avons, pour notre part, rencontrée assez fréquemment ; le tout est d'y songer et de la rechercher. Elle se montre de préférence vers l'âge où apparait la kératite interstitielle, c'est-à-dire entre 5 et 20 ans chez les garçons ou chez les filles.

Un point intéressant à noter, c'est que cette hydarthrose siège toujours aux genoux, présentant les symptômes ordinaires d'un épanchement articulaire de moyenne abondance.

Cet épanchement se développe lentement, insidieusement, sans douleur, sans gêner l'articulation dans son fonctionnement, au point que la plupart des malades ne paraissent guère s'en ressentir.

On ne constate ni contractures, ni attitudes vicieuses, pas d'empâtement, pas de modifications de la peau, pas d'élévation de la chaleur locale. Sous l'influence du repos, cet épanchement se résorbe en partie pour reparaitre bientôt sans douleur à la moindre fatigue.

Les os du voisinage sont normaux.

Un autre caractère important de cette affection,

c'est la symétrie des lésions, les deux jointures sont toujours atteintes et presque généralement l'une après l'autre.

Tout d'abord, un genou est envahi par le liquide, puis quelques semaines, quelques mois, ou même une ou deux années après, l'autre articulation se trouvera prise. Habituellement l'hydarthrose est plus tenace d'un côté que de l'autre.

Cette symétrie rappelle l'évolution symétrique de la kératite interstitielle.

L'hydarthrose coïncide presque toujours avec la kératite interstitielle, mais elle peut précéder de quelques mois, d'un an au plus, la manifestation oculaire ; elle peut éclater en même temps qu'elle, ou bien se montrer à son déclin.

Dans l'article cité de Clutton, l'hydarthrose a évolué chez cinq garçons et six filles d'un âge variant entre 8 et 21 ans ; elle a duré de six semaines à un an, et tous ces sujets, sauf un, étaient atteints de kératite interstitielle double ou simple, ou présentaient des traces anciennes de ce même accident tardif.

Nous-mêmes, pendant les consultations de Mme A. Linossier Ardoin et Mlle D. Ronget, avons observé treize cas où la kératite interstitielle est accompagnée d'hydarthrose et d'un Bordet-Wasserman positif.

Dans 3 cas (observations N° I, V et XIII), l'hydarthrose est apparue de trois mois à un an environ avant la kératite. Dans les autres, l'hydarthrose a été découverte au cours même, ou après la kératite.

Cherchant à établir la fréquence de l'hydarthrose

dans la kératite interstitielle hérédosyphilitique, nous avons trouvé sur 30 cas de kératite interstitielle avec Bordet-Wasserman positif, 13 cas d'hydarthrose, soit 43,3 %.

De plus, nous avons observé 11 kératites avec Bordet-Wasserman négatif, dont plusieurs d'origine tuberculeuse, deux d'origine spécifique, et les autres sans étiologie nette.

	Hydarthrose	B. W. positif
Considérant l'ensemble des kératites de la consultation.....	31,5 %	73 %
Kératites interstitielles hérédosyphilitiques	43,3 %	98 %

La proportion des kératites interstitielles hérédosyphilitiques représente 78 % de l'ensemble des kératites.

DIAGNOSTIC. — Tout d'abord, comme pour la kératite, il importera d'affirmer si l'on se trouve en présence de la syphilis congénitale.

Quant aux particularités cliniques que présente cette affection, elles sont tout-à-fait caractéristiques, et le diagnostic de cette forme d'hydarthrose doit être fait facilement, surtout quand on soupçonne la syphilis congénitale.

Le siège d'un épanchement au niveau des genoux, son évolution insidieuse et lente, l'indolence, l'intégrité fonctionnelle de l'articulation, la symétrie des lésions et dans bien des cas la concomitance d'une kératite interstitielle, sont les éléments caractéristiques du diagnostic.

On peut également faire un examen sérologique de l'épanchement. Le Bordet-Wasserman est toujours positif, comme dans les cas de nos observations N° I et II.

L'examen bactériologique ne révèle aucun microbe.

Il faudra éliminer l'hydarthrose traumatique, tuberculeuse, plus rarement l'hydarthrose gonococcique.

PRONOSTIC. — Sous l'influence du traitement anti-syphilitique, la jointure reprend son aspect normal.

TRAITEMENT

Les malades atteints de kératite interstitielle sont des hérédos-syphilitiques qui présentent un accident syphilitique : la kératite, et souvent plusieurs autres : hydarthrose double du genou, lésions dentaires, etc..., de même qu'un Bordet-Wasserman positif.

En premier lieu, c'est la kératite qu'il faut traiter, étant donné la gravité de celle-ci, et la nécessité dans laquelle on se trouve de l'attaquer précocement.

Quant à l'hydarthrose du genou, elle passe au second plan.

Le traitement anti-syphilitique constitue la base du traitement de la kératite interstitielle, et de l'hydarthrose du genou, et la discussion porte seulement sur la nature du médicament à prescrire : mercure, arsenic, bismuth.

Le mercure a eu plus de faveur et fut employé même par les adversaires de la théorie syphilitique comme Panas.

En 1895, Galezowski écrivait : « si dans certains cas la kératite interstitielle ne cède pas au traitement mercuriel, le plus souvent cependant ce traitement a une influence favorable, non seulement sur l'évolution

de l'affection cornéenne, mais il pourra empêcher d'autres manifestations de la syphilis congénitale de se produire et arrêter la marche de la choroidite ».

Après lui, Beauvieux-Lagrange et son élève, Brunet, recommandent le mercure sous forme de biiodure ou benzoate.

Mais Fromaget, en 1910, estime que le traitement mercuriel n'a aucune efficacité contre la kératite interstitielle.

Darier, en 1921, est partisan d'une cure de mercure prolongée, sous forme d'injections hypodermiques ou intraveineuses de sels solubles.

En 1924, Terrien conseille le traitement mercuriel, et montre son utilité, même dans les formes tuberculeuses.

En 1934, dans un article publié dans le « Bruxelles Médical du 7-1-34, le même auteur remarque que le mercure, employé seul en injections intraveineuses de cyanure de mercure, donne des résultats dans les kératites de la syphilis acquise. Par contre, il se montre peu actif dans celles dues à la syphilis congénitale.

L'avènement de l'arsenic devait provoquer beaucoup d'essais. Les adversaires du mercure devinrent ceux de l'arsenic ; parmi les partisans du mercure beaucoup lui restèrent fidèles. Par ailleurs, cependant, les auteurs employant hardiment la nouvelle méthode s'en félicitèrent.

Quant au Bismuth, qui a été employé dans ces derniers temps, il ne semble pas avoir, lui non plus, apporté la guérison des kératites.

E. Lesne et A. Linossier Ardoin, dans « Le Nourrisson », juillet 1936, écrivent : « Nous ne traitons plus jamais par les arsenobenzènes les enfants atteints de kératite interstitielle ; non pas que l'arsenic présente le moindre danger pour eux, mais parce que l'expérience nous a prouvé que seul le cyanure de mercure en injections intraveineuses était réellement actif dans ce cas. C'est seulement lorsque la kératite est guérie, après une ou plusieurs séries prolongées de cyanure de mercure, que nous employons les arsenobenzènes. Car le cyanure de mercure, si actif sur les lésions oculaires, n'a absolument aucun effet sur les réactions sérologiques ».

A la consultation de syphilis congénitale de l'Hôpital Trousseau, nous pratiquons à toutes les kératites un traitement énergique et prolongé de cyanure de mercure en injections intraveineuses — à la dose d'un centigramme jusqu'à deux centigrammes par Cm³ de solution — trois fois par semaine, et par séries de 20, 30, et même 50 injections.

Nous n'avons jamais eu d'accidents graves à enregistrer. Parfois quelques diarrhées et coliques, mais qui ont cédé rapidement à un traitement symptomatique et à la suppression momentanée de la médication.

On n'a pas à craindre l'intoxication, étant donné que le cyanure de mercure s'élimine dans les 48 heures qui suivent l'injection.

Quand en raison du très jeune âge, ou de l'altération de la paroi des veines du pli du coude, les injections intraveineuses deviennent difficiles à prati-

quer, on peut les remplacer par des injections intramusculaires de cyanure de mercure préparées spécialement.

Nous estimons que ce traitement a une action favorable sur les lésions cornéennes :

a) Il supprime les phénomènes subjectifs : photophobie, larmolement, blepharospasme.

b) Lorsque l'atteinte du deuxième œil se produit en cours de traitement, elle est moins grave que l'atteinte du premier.

c) Plus le traitement est précoce, plus vite on obtient l'éclaircissement de la cornée.

d) Si dans certains cas il n'a pas paru efficace c'est qu'il n'avait pas été suffisamment intense et prolongé.

e) Le traitement par le cyanure de mercure, même prolongé, n'a aucune influence sur les réactions sérologiques.

f) Le traitement mercuriel exerce une action favorable sur l'hydarthrose du genou.

g) Le traitement mercuriel sous forme d'injections intraveineuses a une action favorable, même sur des kératites d'origine tuberculeuse.

La kératite étant guérie, nous continuons le traitement habituel de la syphilis congénitale, sous forme de préparations arsenicales, bismuthiques et mercurielles, en séries alternatives ou associées. Ce traitement complète la guérison de l'hydarthrose et a pour but de prévenir les récides et autres accidents syphilitiques. Généralement, la durée du traitement est de 4 à 5 ans.

Il est à remarquer que malgré un traitement intensif et varié, les réactions sérologiques, après des variations diverses, restent positives.

TRAITEMENT LOCAL. — Préserver les yeux contre la lumière à l'aide de verres fumés. On introduit la pommade d'oxyde jaune de mercure à 3 % deux fois par jour. Collyre à l'atropine à 0,50 %.

OBSERVATIONS.

Observation I. — C..., Roger, 16 ans.

Antécédents héréditaires : Mère, Bordet-Wasserman positif dans le sang ; une fausse-couche de 4 mois, ensuite Roger. Père bien portant, n'a jamais été soigné ; a eu une seule série d'injections pour une paralysie faciale, Bordet-Wasserman négatif il y a 5 ans. Grand-père, syphilis connue.

Antécédents personnels : Né à terme. Poids de naissance 2 kilogr. 250. Accouchement au forceps. Diphtérie. Rougeole.

Vers le 20 novembre 1935, l'enfant commence à souffrir des genoux. Son médecin diagnostiqua une *hydarthrose double du genou* et lui conseilla de rester allongé, ce qu'il fit. Au bout de trois mois, son état étant stationnaire, l'enfant est hospitalisé dans le service de chirurgie du Dr. Sorrel.

A l'examen, les genoux étaient fortement augmentés de volume. Choc rotulien très net des deux côtés. Synoviale très épaissie. Pas de point douloureux localisé. Pas de ganglions inguinaux. Pas de limitation des mouvements. Seule l'hyperflexion est douloureuse.

La radiographie ne montre aucune atteinte osseuse.

La cuti-réaction est positive, mais le *Bordet-Wasserman* est positif dans le sang, avec les réactions :

Meinicke +++ ; Kahn +++ ; Hecht H° ; Calmette Massol H°.

Ponction du genou : Culot : Polynucléaires intacts, abondants, assez nombreux lymphocytes et grandes cellules mononucléées. Quelques éléments altérés. Pas de microbes visibles sur les lames. Culture : négative.

Bordet-Wasserman : Positif ; Calmette-Massol H°.

Pendant l'hospitalisation du malade, l'œil droit est devenu rouge, la vision a baissé, et un voile blanc s'est installé. Peu de temps après, l'œil gauche a été pris également. Le malade nous est envoyé le 18-3-36.

A l'examen, on constate une *kératite interstitielle bilatérale*. L'hydarthrose double du genou est encore marquée. Squelette normal. Poumons, foie, rate, cœur, testicules : normaux. Réflexes : normaux.

Traitement et évolution : Une série de 25 injections de cyanure de mercure par voie intraveineuse.

Le 23-5-36 : très amélioré ; œil gauche presque normal. *Bordet-Wasserman* : Positif. Nouvelle série de 20 injections de cyanure de mercure.

Le 25-8-36 : *les yeux guéris*. *Bordet-Wasserman* : positif. On le met à une série mixte d'Arqueritol et Arsenomyl.

Le 29-1-37 : bon état. Les yeux vont très bien. Les genoux normaux. Prise de sang : Hecht H8 H6 ; Calmette-Massol H° ; Kahn + ; Meinicke +++ ; Actuellement, suit une nouvelle série d'Arqueritol et Arsenomyl.

Observation II. — M..., Mauricette, 5 ans 1/2. — L'en-

fant nous est envoyée par la consultation de médecine pour *hydarthrose*. Aucun renseignement sur les antécédents, étant donné que ses parents habitent en province.

Premier examen le 9 septembre 1933 : Enfant assez bien développée. *Kératite interstitielle bilatérale. Hydarthrose du genou à gauche. Légère hydarthrose à droite.* Eréthisme cardiaque. Prise de sang : Hecht H° ; Kahn + + + + ; Calmette-Massol H°.

Traitement : L'enfant a été mise au cyanure de mercure intraveineux, le 19 septembre 1933 on note le résultat de l'examen du liquide ponctionné du genou gauche : Bordet-Wasserman positif ; Calmette-Massol H Le 7-10-33, prise de sang de la mère : Hecht H° ; Kahn + + + ; Calmette-Massol H°.

Prise de sang de la sœur : négative.

Le 13-10-37, après 13 injections de cyanure de mercure, les parents demandent que le traitement soit suivi chez leur médecin traitant. Lettre transmise, en conseillant du cyanure de mercure pour Mauricette, et du Novarsenobenzol pour la mère.

Observation III. — M., Fernand, 5 ans 1/2.

Antécédents héréditaires : Mère, Bordet-Wasserman positif dans le sang ; premier enfant, Robert, bien portant, B.W. négatif. Une fausse-couche. Deuxième enfant, Fernand.

Antécédents personnels : Né à terme. Poids de naissance : 3 kilogr. 750. Premiers pas à 17 mois. Poussées de fièvre fréquentes. Rhumatisme articulaire aigu traité par le salicylate de soude. Il y a un mois environ, sans con-

jonctivite préalable, la mère constate l'existence d'une opacité de l'œil gauche.

Vu à l'Hôtel-Dieu ; on diagnostique : *kératite intersti-tielle œil gauche*. Bordet-Wasserman : positif dans le sang. On l'envoie dans notre service le 31-8-32, où on trouve une *hydarthrose double du genou*. Aucun autre stigmat. Front un peu bombé, pâleur, dentition correcte.

Traitement et évolution : Série de 20 injections intra-veineuses de cyanure de mercure.

Le 7-10-32, on le met au Sulfarsenol, mais au bout de 5 injections on reprend le cyanure de mercure, car il paraît y avoir moins d'amélioration. D'ailleurs, vu par l'ophtalmologiste celui-ci semble trouver quelques lésions à l'œil droit.

Après une nouvelle série de 20 injections de CyHg, on note le 22-11-32 une amélioration de l'œil gauche. Opacité persiste, mais moins étendue, œil droit moins irrité. Petite tache de quelques millimètres persiste. B.W. : positif ; Hecht H° ; C-M H°.

Le 3-12-32, série de 20 injections de CyHg. Le 17-1-33, série de Stérobi infantile, mais le 17-2-33, au cours de la série, reprise de la kératite surtout à gauche. Remis au CyHg.

Le 31-5-33, série de Stérobi. Le 9-8-33, série de Quinby. Bordet-Wasserman : positif. Le 31-9-33, série mixte d'Arqueritol et Sulfarsenol. A la fin de cette série, vu à la consultation des yeux : *guérison totale*.

Le 25-2-33, série de Sulfarsénol. Le 5-1-34, poussée de rhumatisme articulaire. Hydarthrose du genou gauche.

Prise de sang : Hecht H6 H6 ; Calmette-Massol H2 H2 H6 H6 ; Kahn +.

Le 27-1-34, série de Sulfarsenol. Le 27-3-34, série de Bivatol. Le 16-6-34, le Bordet-Wasserman est redevenu très positif. Série mixte d'Arqueritol et d'Arsenomyl. Le 20-10-34 série mixte d'Arqueritol et Arsenomyl. Le 2-2-35, série de Bivatol. Le 5-6-35, Tréparsol pendant six semaines. Le 31-8-35, état oculaire excellent, légère hydarthrose.

Prise de sang : Hecht H7 H2 ; Kahn + ; Meinicke + : Série d'Arsenomyl.

Le 6-12-35, série de Bivatol. Le 29-2-36, série d'Arsenomyl.

Le 20-6-36, prise de sang : Hecht H5 H4 ; Calmette-Massol H5 H6 H8 ; Kahn, négatif. Série d'Arsenomyl.

Le 14-11-36, série de Bivatol. Le 29-12-36, série d'Arqueritol.

Le 5-3-37, prise de sang : Hecht H° ; Calmette-Massol H° ; Kahn et Meinicke : négatifs. Remis à l'Arsenomyl.

Observation IV. — E..., Robert, 9 ans.

Antécédents héréditaires : Mère, Bordet-Wasserman : positif. Une fausse-couche de deux mois. Premier enfant : Jean, 11 ans, bien portant. Deuxième enfant : Robert. Père, Bordet-Wasserman : positif.

Antécédents personnels : Né à terme. Accouchement normal. Première dent à 14 mois. A marché à 16 mois. Troubles digestifs. Aucune autre maladie. Pas de convulsions. Depuis 15 jours, voile sur l'œil droit, avec rougeur, larmolements, photophobie. Examiné à la consultation des yeux, on l'envoie pour *kératite interstitielle de l'œil droit*.

Premier examen le 12-3-37. Prognatisme du maxillaire supérieur. Dentition portée. Grosses amygdales rouges.

Poumons : respiration un peu rude au sommet droit.

Foie, rate, cœur, testicules, réflexes : normaux.

Thorax étranglé et déformation en carène. Genu valgum.

Hydarthrose du genou droit.

Prise de sang : Hecht H° ; Calmette-Massol H° ; Kahn et Meinicke +++.

Traitement : Cyanure de mercure intraveineux.

Le 24-3-37, l'examen bactériologique du liquide d'hydarthrose a montré : sérosité contenant des globules rouges, de très rares éléments mononucléés, quelques polynucléaires non altérés. Pas de microbes visibles. Pour le B.-W., pas assez liquide, l'hydarthrose étant en voie de résorption.

Observation V. — B..., Serge, 5 ans.

Antécédents héréditaires : Mère, Bordet-Wasserman : Positif. Premier enfant, Serge. Deuxième enfant, garçon de six mois, traité à Vincennes par du Sulfarsenol, Père, bien portant.

Antécédents personnels : Né à terme. Poids de naissance : 3 kg. 750. Elevé au biberon, première dent à 7 mois, premiers pas à 18 mois. A eu la rougeole. Depuis le mois de mars 1932, *hydarthrose* peu marquée du genou droit. Peu après, l'autre genou est pris également.

Premier examen, le 3-6-32. L'enfant présente une hydarthrose du genou gauche. Par ailleurs, bosses frontales très marquées et gros crâne. Poumons, foie, rate,

cœur, testicules : normaux. L'œil gauche présente un gauche une *kératite interstitielle* au début. Infiltration de toute la cornée.

Bordet-Wassermann : Positif.

Traitement et évolution : Série de Sulfarsenol. Proposé pour Berck. Revu le 2-6-33. Revenu de Berck depuis le 10-4-33. Kératite guérie, hydarthrose également. On ne sait pas le traitement qu'il a eu.

Prise de sang : Hecht H8 H6 ; Calmette-Massol H8 ; Kahn douteux +.

Le 24-6-33, série de Olbia.

La famille refusant de continuer le traitement, le malade est perdu de vue.

Observation VI. — J..., Renée, 15 ans.

Antécédents héréditaires : Mère, Bordet-Wasserman : Positif. Premier mari : un fils, 25 ans, kératite, traité au cyanure. Deuxième mari : une fausse couche de cinq mois. Une fille, Renée. Jeannine, 12 ans, Bordet-Wasserman : Positif, traitée. Irène, pousse mal, traitée. Père, souffre du foie, éthylisme + plomb, B.-W. : négatif.

Antécédents personnels : Née à terme. Poids de naissance 5 kg., accouchement normal, jamais de convulsions, broncho-pneumonie à 5 mois, rougeole. Ne tousse pas. Travaillait bien en classe. Il y a un mois, séjour à la campagne. Les yeux sont devenus rouges. On croit à une conjonctivite banale. Collyre. Mais il y a huit jours, vue par le Dr Favory, ophtalmologiste de l'Hôpital Trousseau, le diagnostic de *kératite interstitielle de l'œil gauche* est

posé, et on nous l'envoie le 7-6-35. A l'examen somatique, on découvre une *hydarthrose double du genou*.

Prise de sang : Hecht H° ; Calmette-Massol H° ; Kahn + + +.

Traitement et évolution : Série de 33 injections de cyanure de mercure. Le 24-8-35, poussée de conjonctivite, et kératite de l'œil droit. On continue le CyHg. Le 19-10-35, série de CyHg. Le 20-12-35, série de Sulfarsenol non terminée. Le 15-2-36, série d'Arquéritol. *Vision très améliorée*. Le 27-2-36, série de CyHg : 39 injections sans interruption. Le 9-3-37, œil gauche, bien.

Observation VII. — J..., Berthe, 5 ans.

Antécédents héréditaires : Mère bien portante, un fils de 25 ans ; ensuite, Berthe. Pas de fausses couches. Père, bien portant.

Antécédents personnels : Née à terme. A bien poussé. Premiers pas à 14 mois. Rougeole. Coqueluche. Varicelle. Kératite interstitielle depuis 15 jours.

Premier examen : le 20-7-34. Enfant chétive, *kératite de l'œil gauche*. Foie, rate, cœur : normaux. Poumons : râles de bronchite et respiration soufflante au niveau du hile. *Légère hydarthrose du genou gauche*.

Prise de sang : Hecht H° ; Kahn + + +.

Soignée par médecin particulier dans son pays. Cyanure de mercure conseillé.

Observation VIII. — G..., Thérèse, 16 ans.

Antécédents héréditaires : Mère, bien portante, Bordet-Wasserman : partiellement positif : Hecht H5 H6 ;

Kahn + + + ; Calmette M.H8. Trois enfants décédés : un à quatre mois et demi, méningite, un de rougeole et un de grippe à 19 ans. Deux fils bien portants, et Thérèse. Père, toussé beaucoup.

Antécédents personnels : Née à terme. Poids de naissance normal, Elevée facilement, jamais malade, sauf rougeole et scarlatine. En septembre 1933, survient un voile à l'œil gauche et en décembre, même année, l'œil droit se prend à son tour. En même temps, douleur dans le genou gauche, la radiographie montrant une arthrite.

Premier examen : le 12-1-34. *Kératite interstitielle bilatérale, hydarthrose du genou gauche*, pas d'autres stigmates. A eu deux fois le *Bordet-Wasserman positif* dans le sang. Avait reçu douze injections de cyanure de mercure, puis cinq injections de Novarsenobenzol, et seize injections de Bismuth.

Prise de sang, dans le service : Hecht H° ; Calmette-Massol H° ; Kahn + + + +.

Traitement et évolution : Série de 31 injections intra-veineuses de CyHg. Le 26-1-34, on note que la malade voit pour se diriger, mais à travers un voile. Ne peut pas lire. Deuxième série de 26 injections de CyHg. Le 19-5-34, très bon état. Mais le 12-6-34, nouvelle poussée articulaire du genou gauche. Reçoit 3 séries d'Arsenomyl. Le 5-12-34, lettre du Dr Favory, ophtalmologiste : « La kératite paraît complètement guérie, sans aucun déficit visuel ». Au cours de l'année 1935, 3 séries d'Arsémomyl, dont la dernière mixte avec l'Arquéritol. Dans l'année 1936, une série mixte Arquéritol et Arsénomyl, et une autre d'Arsénomyl incomplète. Revue le 20-1-37, avec une nouvelle poussée de

kératite de l'œil gauche. CyHg a été repris. Le 30-3-37, la cornée de l'œil gauche, complètement éclaircie. Très bonne vision, mais le B.-W. reste toujours positif.

Observation IX. — L..., Angèle, 10 ans.

Antécédents héréditaires : Mère, décédée d'un chaud et froid, Père, bien portant, seule enfant.

Antécédents personnels : Pas de renseignements nets.

Premier examen : le 3-7-29. *Kératite interstitielle bilatérale*. Dentition normale. Poumons, foie, rate, cœur : normaux. Se plaint des genoux.

Prise de sang : Calmette-Massol H° ; Hecht H°.

Traitement et évolution : Cyanure de mercure. Sulfarsenol. Le 26-4-30, amélioration de la vue, peut lire et écrire sans être gênée.

Le 18-6-30, prise de sang : Hecht, partiellement positif ; Calmette-Massol, négatif.

Le 21-6-30, se plaint des genoux. On trouve une *hydarthrose double*.

Le 13-9-30, séries de sulfarsenol et CyHg. Rechute de kératite. CyHg. Traitement à continuer au service des yeux.

Observation X. — D..., Edmond, 12 ans.

Antécédents héréditaires : Mère, bien portante, B.-W. : négatif. Premier enfant, Edmond. Deuxième enfant, décédé à un an au cours de traitement spécifique. Troisième enfant, une fille de trois ans, bien portante. Quatrième enfant prématuré, décédé à 11 jours. Père, n'a pas eu

d'accident spécifique connu ou avoué. Grand-Père paternel, syphilis connue, non traitée.

Premier examen : le 30-9-31 ; kératite interstitielle de l'œil gauche, *hydarthrose* du genou droit.

Prise de sang :

Bordet-Wasserman +++ ; Hecht +++.

Traitement et évolution : Série de 20 injections de CyHg intraveineux. 15 jours après, série de Sulfarsenol. 15 jours après, 12 injections de Bivatol. Le 10-2-32, très amélioré, peut lire, écrire. Le 9-3-32, à peu près guéri. Au cours de l'année 1932, a reçu une série de Mùthanol et 2 séries de Sulfarsenol. En 1933, après une série de Bivatol, la prise de sang devient négative. Série d'Arqueritol. Le 9-12-33, choc rotulien à droite. Le 27-3-34 la prise de sang redevient partiellement positive, et malgré le traitement, elle devient fortement positive au cours des années 1935 et 1936. Le 18-1-36, incontinence d'urine persiste la nuit.

Le 10-3-36, prise de sang : Hecht H° ; Calmette-Massol H° H6 H8 ; Kahn +++ ; Meinicke +++.

Actuellement, bon état, suit encore le traitement.

Observation XI. — V..., Paulette, 10 ans.

Antécédents héréditaires : Mère, prise de sang : Hecht H° ; Calmette-Massol H° ; Kahn +++ ; Meinicke ++++. Premier enfant, Paulette. Deuxième enfant, Roger, traité dans le service pour hydrocéphalie et retard intellectuel. Père, bien portant, prise de sang : Hecht H2 H2 ; Calmette-Massol et Kahn : négatifs.

Antécédents personnels : Née à terme, poids de nais-

sance : 2 kg. 950, nourrie au sein, a bien poussé, a eu seulement la varicelle. Il y a 3 ans, éruption et gomme du tibia gauche, a eu deux séries de Sulfarsénol qui ont guéri la lésion, et n'a plus jamais eu de traitement.

Examen, le 10-7-35 : Belle enfant, mais bosses frontales accentuées, nez écrasé. Cicatrice de gomme, face antérieure du tibia gauche. *Kératite interstitielle* de l'œil gauche, *hydarthrose double* du genou.

Prise de sang : Kahn et Meinicke : partiellement positifs ; Hecht et C.-M. : Négatifs.

Traitement et évolution : 2 séries de CyHg ont amené une amélioration nette. Le 2-1-36, les yeux en bon état. Il ne reste sur l'œil gauche qu'un très léger voile. 2 séries de 18 injections de CyHg.

Bordet-Wasserman le 3-10-36 : Hecht H7 H4 ; Calmette-Massol, Kahn, et Meinicke : négatifs.

Actuellement en cours de traitement.

Observation XII. — F..., Lucienne, 9 ans.

Antécédents héréditaires : Mère, bien portante, pas de fausses couches spontanées, deux autres enfants bien portants. La mère examinée à Berck a eu un Bordet-Wasserman négatif.

Antécédents personnels : Née à terme, élevée facilement, il y a 14 mois, *kératite interstitielle*, pour laquelle elle a été soignée par le CyHg. Il y a un an, *ostéoarthrite du genou*, sans caractère net, traitée à Berck. *Bordet-Wasserman* : *Positif*. Le traitement spécifique a fait regresser les phénomènes articulaires.

Premier examen, le 24-9-27. Réapparition de la kératite. Genou en très bon état. Dents crénelées. Pas de stigmates osseux ni viscéraux.

Traitement : CyHg, Novarsénobenzol. Le 17-5-28 Hecht : négatif. Le 3-6-29, hospitalisée pour une chorée. Le 1-8-29, série de Sulfarsénol. Le 28-4-31, prise de sang : Hecht H5 H5, C.-M. H8. Mise aux suppositoires Hymel par la consultation des yeux. La mère hésite à reprendre le traitement spécifique. En octobre 1933, série de CyHg. Depuis, n'est jamais revenue dans le service.

Observation XIII. — M..., Serge, 13 ans.

Antécédents héréditaires : Mère, bien portante, a refusé de se faire faire un examen du sang. Avec un premier mari, elle a eu deux enfants bien portants, avec un deuxième mari, Serge et un prématuré de 8 mois mort-né. Père ?

Antécédents personnels : Né à terme ; poids de naissance, 3 kg. 250, accouchement normal. Allaitement artificiel. Développement normal au début. Pas de convulsions. N'a été propre qu'à l'âge de 3 ans. Pneumonie. Rougeole. Coqueluche. En 1932, hydarthrose du genou gauche assez marquée, indolore, soignée par le repos. En 1933, apparition d'une *kératite interstitielle bilatérale* soignée à l'Hôpital des Enfants-Malades par de l'Acétylarsan et du Sulfarsénol, sans arriver à le guérir. Envoyé à plusieurs reprises à Hendaye pour l'état général.

Premier examen : le 17-2-37. Voile persistant des deux yeux. Pas d'autre stigmate de syphilis congénitale. Pouchons, foie, rate, cœur, testicules : normaux. *Légère hydar-*

throse du genou gauche. Caractère irritable. Intelligence normale.

Prise de sang: Hecht H° ; Calmette-Massol H° ; Kahn +++ ; Meinicke +++.

Traitement : CyHg. Vient de recevoir 18 injections à 1 centigramme et l'enfant trouve que sa vision est plus améliorée qu'après son traitement au Sulfarsénol.

CONCLUSIONS

a) L'association de la kératite interstitielle et de l'hydarthrose du genou, constitue un syndrome de Syphilis congénitale qui n'est pas exceptionnel entre 5 et 16 ans.

b) Les réactions biologiques sériques sont toujours positives chez ces sujets, et très souvent positives aussi chez leurs ascendants et leurs collatéraux.

c) Chez ces malades la réaction de Bordet-Wasserman est très résistante au traitement et souvent irréductible.

d) Les injections intraveineuses de Cyanure de mercure constituent le meilleur traitement de la kératite interstitielle.

e) L'hydarthrose du genou est curable par le traitement de Cyanure de mercure associé à celui de Sulfarsénol.

f) Ce syndrome correspond à une infection spécifique tenace et nécessite un traitement intense et prolongé.

Vu : *Le Doyen,*

G. ROUSSY.

Vu : *Le Président de la Thèse,*

NOBECOURT.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- ALGAN. — La réaction de Wasserman dans le diagnostic de la Kératite parenchymateuse. (Thèse Nancy 1919-1920).
- BEAUVIEUX. — Syphilis et Kératite interstitielle de l'enfance. (Arch. d'Ophtal., 1910, p. 621).
- BILLOT M. — Kératite interstitielle et Syphilis osseuse. (Thèse Lyon 1920-1921).
- BRUNET H.V.A. — Essai de justification du traitement mercuriel intensif dans la kératite interstitielle hérédo-syphilitique. (Thèse Bordeaux 1911-1912).
- CANGE A. et DUPUY D'UBY. — Kératite parenchymateuse et hérédo-syphilis. (Gaz. Hôp. 1923, p. 1.041).
- CANTONNET. — Le quatrième symptôme de la triade d'Hutchinson. (Presse médicale 25-10-1919).
- CLUTTON. — Symetrical synovitis of the knee and hereditary. (The Lancet, Février 1886).
- DARIER A. — Traité complet de thérapeutique oculaire Paris 1921.
- DUPUY DE LA BADONNIÈRE. — Kératite et hydarthrose hérédo-syphilitique. (Thèse Lyon, 1921-1922).
- FARGOT A. — La nature syphilitique de la kératite interstitielle. (Thèse Lyon 1922-1923).

- FQUQUET. — De la syphilis articulaire. (Thèse Paris 1905).
- GALEZOWSKI. — Les injections intraveineuses de préparation mercurielle dans la syphilis oculaire, leurs dangers. (Recueil d'Ophtal. Déc. 1896).
- HUTINEL Jean et A. LINOSSIER ARDOIN. — Hérédo-syphilis clinique et thérapeutique. Paris 1932.
- JACQUEAU. — Kératites parenchymateuses et arthritiques concomitantes. (Bul. Soc. d'Ophtal. 1908).
- E. LESNE et A. LINOSSIER ARDOIN. — L'emploi des Arsénobenzènes dans le traitement de la Syphilis congénitale. (Le Nourrisson, Juillet 1936).
- MERLIER. — Les arthropathies hérédo-syphilitiques et la triade d'Hutchinson. (Thèse Paris 1918).
- MÉTAYER. — Manifestations articulaires de la syphilis héréditaire. (Thèse Paris 1903-1904).
- POULARD. — Ophtalmologie et Otologie Paris 1922.
- PANAS. — Traité des maladies des yeux (Paris 1874).
- PEYRE E. — Kératite interstitielle et syndrome hérédo-syphilitique. (Thèse Lyon 1925).
- ROCHER J. — La Kératite interstitielle. (Thèse Paris 1933).
- SAUCET. — Arthropathie de la Syphilis héréditaire. (Thèse Bordeaux 1903-1904).
- TERRIEN F. — Remarques sur la kératite interstitielle hérédo-syphilitique. (Bruxelles Médical 7-1-34).

